N° 92

2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DU PUBIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1902

PAR

VEYRUNE

Né à Marseille

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

IMPRIMEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) .... Doyen
FORGUE .... Assesseur.

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur.
MM. DE ROUVILLE, Agrégé.
L. IMBERT, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

VEYRUNE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DU PUBIS

C'est, je crois, avec un grand sentiment de soulagement que l'on franchit cette dernière étape des études qu'est la thèse. Ce sera surtout pour moi l'occasion de rendre un public hommage aux maîtres de l'école de Montpellier. Soigner les malades et instruire les étudiants est une tâche immense, bien au-dessus peut-être des sentiments de reconnaissance que l'homme peut avoir au fond du cœur. Tous nos maîtres remplissent cette tâche avec un égal dévouement, et c'est le moins que les étudiants puissent faire que les remercier en leur dédiant à la fin de leurs études le fruit de quelques journées de travail.

Je suis sûr, pour ma part, de me rappeler au lit du malade, avec leur enseignement, la sollicitude qu'ils m'ont toujours témoignée.

Je remercie plus particulièrement mon président de thèse, M. le professeur Forgue, qui ne m'a ménagé ni les soins intellectuels, ni les soins matériels, aussi affectueux les uns que les autres.

M. le professeur Estor a bien voulu me faire part d'une observation de son service. J'ai été très touché de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à ma disposition pour les conseils que j'ai eu besoin de lui demander.

M. le professeur agrégé de Rouville m'a également indiqué l'observation d'un malade qu'il a traité. La sympathie qu'il m'a témoignée dès le commencement de mes études n'a pas diminué un seul instant.

M. le professeur agrégé Jeanbrau m'a depuis longtemps entouré de son affection. Aussi n'ai-je pas craint de le prier de me chercher un sujet de thèse.

C'est sur sa demande que M. le professeur Forgue a mis à ma disposition une observation de son service sur un cas d'ostéite tuberculeuse du pubis.

L'ostéite du pubis est une localisation assez rare de la tuberculose. Les recherches que j'ai faites ne m'en ont fait trouver que quinze cas ; les auteurs classiques ne traitent le sujet qu'en quelques lignes. Aussi m'a-t-il paru intéressant de réunir tous ces cas et de décrire la maladie avec quelques détails. Pour ce travail il m'a paru que je devais m'inspirer du chapitre sur la tuberculose osseuse que M. le professeur Forgue a écrit dans son Précis de pathologie externe. « Il faut, m'a-t-il dit, savoir se limiter » Je crois qu'en suivant les indications de ce chapitre mon travail sera bref et complet.

L'observation que je lui dois, outre qu'elle est celle d'une maladie rare, présente ce fait particulier qu'elle est le seul exemple de tuberculose du pubis à la suite de laquelle un abcès froid a envahi la cavité de Retzius et la paroi abdominale antérieure. A ce double titre, elle mérite d'être publiée. La voici telle qu'elle a été prise par M. Delage, aide de clinique, pour l'examen du malade et qu'elle m'a été dictée par M. le professeur Forgue pour le diagnostic et l'opération. Je reproduis ci-contre la photographie de ce malade.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Due à l'obligeance de M. FORGUE.

N... Emile, cultivateur, 32 ans, entre le 28 mars 1902.

Au mois d'août dernier, il a éprouvé des douleurs au membre inférieur droit, paraissant siéger au niveau du nerf crural et s'étendre jusqu'au genou. Les douleurs se sont atténuées au mois de septembre. Rien pendant les mois de septembre et d'octobre : pas de difficulté à la miction, pas de tumeur.

Au mois de décembre, le malade, passant la main au niveau de la région sus-pubienne ressentit une douleur qui cessait peu après. Vers la fin de décembre, il perçoit une tumeur grosse comme une noix, au-dessus de la symphyse pubienne et un peu à droite. Elle ne semblait pas très mobile.

A partir du mois de janvier, la tuméfaction aurait augmenté de volume très rapidement. Mais la douleur a toujours été très minime et le malade a travaillé jusqu'à ce moment.

Le malade a maigri, l'appétit a diminué un peu, mais il a surtout de la préoccupation morale.

Examen du malade. — A l'inspection, on aperçoit, dans la région hypogastrique, une tumeur à peu près exactement médiane, un peu développée à droite, de la grosseur d'un œuf d'autruche, commençant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à la racine de la verge, débordant par conséquent le plan præpubien. Latéralement, à gauche, elle arrive jusqu'à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro supérieure, à droite jusqu'à deux travers de doigt.

La surface est celle d'un ovoïde légèrement lobulé, surtout en haut et à droite, où on constate une lobulation plus prononcée, au niveau de laquelle la peau est un peu rouge et amincie.

A la palpation, on constate la régularité de la surface, à peine accentuée de quelques lobulations ; on perçoit que les limites profondes ne répondent pas à la saillie apparente, qu'elles s'étalent profondément, surtout en haut et à droite, où une plaque dure infiltre la paroi et qu'elles s'étalent aussi sur les côtés, se prolongeant à droite surtout, vers le détroit supérieur du bassin.

On note aussi que le plan præpubien, sur une largeur de près de cinq travers de doigt, est recouvert par un prolongement de la tumeur.

La consistance est variable suivant les points. Sur toute la moitié supérieure de la tumeur, la fluctuation est manifeste, on trouve même un peu de frémissement vibratoire rappelant le frémissement hydatique. Le prolongement supéro-droit est dur ; la partie præpubienne n'offre point une fluctuation nette.

La main plongeant dans la profondeur, et cherchant à contourner la tumeur, n'arrive point à la doubler, ce qui témoigne des prolongements profonds du néoplasme. La prostate est saine, et la tumeur ne bombe pas sensiblement vers le Douglas.

A droite, vers la base du triangle de Scarpa, quelques ganglions.

La pression, appuyée au niveau du squelette avoisinant (pubis et branche horizontale), ne détermine pas de point douloureux

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel ne paraissait comporter que trois éventualités, classées selon le rang de probabilité : 1° Un tuberculome ramolli, occupant la loge de Retzius ; 2° Un kyste hydatique du même espace ; 3° Un sarcome ramolli. Cette dernière hypothèse avait été écartée comme peu vraisemblable, étant donnée l'étendue de la portion molle et fluctuante et par rapport aux parties encore solides de la tumeur, qui ne se rencontraient qu'aux extrêmes limites de la tuméfaction. Le kyste hydatique ne pouvait être qu'un kyste suppuré, en raison des phénomènes de réaction inflammatoire locale qui s'observaient en quelques points de la surface de la tumeur. Une ponction exploratrice eût tranché le différend ; mais, toutes les probabilités étant en faveur d'un abcès froid, récemment échauffé, de la cavité prévésicale et originaire de la symphyse (car la pression localisée déterminait à ce niveau un peu de douleur), on préféra procéder du même coup au diagnostic et au traitement par l'incision exploratrice.

4 avril 1902.— Opération. Incision partant de l'ombilic et se prolongeant au devant de la symphyse.

La ligne blanche est incisée sur la ligne médiane ; la section du *fascia transversalis* ouvre une cavité d'où s'écoule une quantité abondante de pus. L'incision est prolongée presque sur le haut de la symphyse : un coup de bistouri à droite et à gauche commence la désinsertion des grands droits et des pyramidaux.





Le doigt rencontre et achève de mobiliser, sur la partie droite de la symphyse pubienne, un séquestre composé par un bloc cubique gros comme deux dés à jouer. Ce séquestre une fois enlevé, on curette sa loge intra-osseuse ; et, comme ces parties paraissent le le siège d'une ostéite étendue, on continue à libérer, à coups de rugine droite pour la face antérieure, à coups de rugine courbe pour la face postérieure, la branche horizontale du pubis, la partie haute de la branche ischio-pubienne, le contour antéro supérieur du trou obturateur du côté droit; une scie de Gigli, passée avec l'aiguille courbe qui sert à la résection du maxillaire supérieur, permet de sectionner la branche horizontale du pubis à un travers de pouce environ du rebord cotyloïdien, la branche ischio-pubienne sur une étendue de deux travers de doigt. La pièce osseuse ainsi libérée est saisie avec un davier de Farabeuf : quelques coups de rugine dégagent la partie gauche de la symphyse pubienne, moins atteinte, et la sectionnent à un travers de pouce environ de la ligne médiane. Dès lors, la cavité purulente qui n'est autre que la loge de Retzius est largement ouverte et découverte. On vérifie que sa paroi postérieure répond à l'aponévrose ombilico-vésicale ; qu'elle embrasse dans sa concavité postérieure la face antérieure et les faces latérales de la vessie, devenues nettement accessibles, qu'en arrière elle se prolonge transversalement sur le plancher pelvien jusqu'au voisinage des échancrures sciatiques. La cavité de l'abcès est frottée énergiquement avec une compresse trempée dans le naphtol camphré Quelques veines des plexus prévésicaux donnent lieu à une hémorragie en nappe qui nécessite un tamponnement à la gaze iodoformée. Un gros drain à droite et à gauche est conduit jusqu'à la partie reculée de la cavité prévésicale.

19 juillet 1902 — La plaie opératoire est presque entièrement cicatrisée. Il reste un trajet fistuleux à droite et à la racine de la verge, un autre à égale distance du pubis et de l'ombilic, un autre s'est fait secondairement à deux travers de doigt à droite du précédent.

A la palpation profonde, on sent que le massif osseux est presque entièrement reformé. Mais il reste une dépression un peu à droite de la ligne médiane.

Le malade commence à marcher sans douleur. Cependant il souffre un peu lorsqu'après s'être accroupi il veut se redresser.

ETIOLOGIE

L'étiologie de l'ostéite tuberculeuse du pubis est très vague. Deux observations, IX et XV, font mention l'une d'une coxalgie, l'autre de quelques signes de scrofule dans l'enfance et d'une seconde localisation tuberculeuse sur l'extrémité supérieure du tibia. Mais je dois avouer que je n'ai trouvé nulle part une indication de la porte d'entrée du bacille dans l'organisme.

L'âge ne donne pas plus d'indications, puisque les malades dont je rapporte les observations avaient le plus jeune 5 ans et le plus âgé 48 ans. Je trouve 3 malades ayant 15 ans au plus et 9 malades ayant au moins 24 ans, ce qui confirme dans une certaine mesure les conclusions d'Ollier d'après lesquelles la tuberculose s'éloigne avec l'âge de la cavité cotyloïde.

Les causes locales sont presque aussi inconnues. Dans un seul cas (obs. II), la blessure de la région pubienne est signalée, dans tous les autres cas, rien, malgré les recherches que quelques observateurs ont faites.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siège. Il n'est pas une région du pubis qui ne puisse être envahie par la tuberculose. Les trois exemples qui suivent montrent diverses localisations. L'observation II me paraît être celle d'un cas de tuberculose articulaire primitive en raison de la destruction de l'articulation et de la nécrose de deux surfaces articulaires pubiennes. Dans l'observation I, c'est le corps du pubis qui est envahi. L'observation III est celle d'une ostéite de la branche descendante et l'observation IV d'une ostéite de la branche horizontale.

Au total sont envahis :

L'articulation, 1 fois.

Le corps, 5 fois.

La branche descendante, 5 fois.

La branche horizontale, 1 fois.

Le corps et la branche descendante ensemble 2 fois.

Le corps et ses deux branches, 1 fois.

Le fait que le tubercule osseux siège surtout dans les régions riches en tissu spongieux explique bien que le corps soit pris 8 fois sur 15. Mais je ne m'explique pas pourquoi la branche descendante est prise 7 fois, tandis que la branche horizontale est prise 1 fois.

Observation II

Centralblatt für Chirurgie 1892, n° 23.

Un cas de résection de l'articulation du pubis. Dollinger.

Un individu âgé de 31 ans avait fait, après une blessure, un abcès du pénil qui avait été incisé. Des fistules se formèrent à la paroi antérieure du bas-ventre, dont une conduisait sur le pubis rugueux. A l'opération, on trouva entre les deux pubis une fissure de 1 cent. de large. Les cartilages manquaient. Les extrémités osseuses étaient nécrosées et furent réséquées. Après une rapide néoformation osseuse, les pubis guérirent, si bien que le malade put de nouveau bien aller.

Observation III

Goulioud. Thèse de Lyon, 1883.

Observation recueillie dans le service du professeur Mollière.

Pierre-Marie C..., 24 ans, cultivateur, reçu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 novembre 1882, pour un kyste synovial du poignet.

Il présente, en outre, une fistule dans le sillon génito crural droit, à peu près à égale distance entre le pubis et l'ischion. Cette fistule date de 1870 (12 ans) et succéda à un abcès développé à cette époque sans cause appréciable. Le malade n'avait pas reçu de coup, n'avait jamais eu d'affection uréthrale. Le stylet, introduit dans la fistule, conduit sur la branche descendante du pubis, où l'on sent un petit séquestre.

Le 4 décembre 1882, on enlève avec des pinces hémostatiques ce petit séquestre, qui a le volume d'un pois. Le 5 et le 6, dilatation de la fistule avec la laminaria. Le doigt, introduit dans la fistule, ne sent plus de point nécrosé. Drain et lint. Le malade part le 12 décembre.

Une lettre de juin nous apprend que sa fistule était complètement fermée quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

Observation IV

(Observation prise dans le service de M. le professeur Estor.)

Eugène T..., âgé de 7 ans entre le 5 février 1897 à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Mère très bien portante ; père, charretier, très robuste ; quatre frères très bien portants ; un autre, mort en bas âge de diarrhée infantile.

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans.

En octobre 1894, il s'est formé à la partie la plus interne du pli de l'aine droit un abcès qui s'est ouvert spontanément. L'enfant est entré à l'hôpital le 2 février 1895. Le 10 du même mois, on a largement incisé l'abcès et cureté un point osseux placé sur la branche horizontale du pubis. L'enfant est sorti guéri. Mais en février 1896, un an après, l'abcès s'est reformé. L'enfant a été ramené à l'hôpital, et sous l'influence de pansements antiseptiques, l'abcès s'est refermé.

Etat actuel. — Il y a deux jours, l'abcès, qui s'était reproduit, s'est spontanément ouvert. Il existe à la partie interne du pli de l'aine droit, au milieu d'une ligne cicatricielle produite par la première opération, un bourgeon fongueux arrondi, d'un centimètre de diamètre. En introduisant le stylet dans le point fistuleux placé au centre du bourgeon, on arrive sur la branche horizontale du pubis. L'os n'est pas dénudé. Il s'agit évidemment d'une périostite tuberculeuse.

L'articulation coxo-fémorale et tout le squelette paraissent sains. L'enfant urine bien et va bien à la selle. Son état général est bon. Les grandes fonctions s'accomplissent à peu près normalement.

11 février, on injecte 10 centimètres cubes d'éther iodoformé dans le trajet.

Le 10 juillet 1902, j'ai vu la mère de l'enfant, qui nous a appris qu'après une quinzaine de jours, l'abcès s'est refermé. Actuellement l'enfant va très bien, ne tousse pas, a bon appétit.

Formes anatomiques. — Gangolphe a classé les lésions tuberculeuses des os en circonscrites et diffuses. Clinique-

ment et sur la table d'opération, on reconnaît facilement ces lésions.

Dans la forme circonscrite, on trouve un séquestre avec des lésions de voisinage peu étendues.

Dans la forme diffuse, dans la carie, on ne trouve pas de séquestre. l'os est fongueux, friable, la lésion n'a pas de limite nettement appréciable.

Au pubis, on trouve ces deux formes de tuberculose. L'observation III nous fait voir un cas très net de forme circonscrite. Un séquestre gros comme un pois est enlevé avec une pince hémostatique.

L'observation V est celle d'un cas où, au contraire, la lésion n'est pas limitée, et dans l'observation VI, l'os était assez friable pour que Koenig pût opérer avec la curette tranchante.

Voici ces deux observations ; il est regrettable qu'elles ne soient pas détaillées, mais il me semble que la signature qui les accompagne est assez conséquente pour ne pas douter de leur exactitude.

Observation V

Ollier (*Résections*) écrit :

Dans un cas que nous avons observé chez un enfant de sept ans, nous avons enlevé le pubis et la branche ischio-pubienne. Bien que l'affection ait débuté par des symptômes aigus, l'ostéite se continua en arrière et au-dessus de l'ischion, et l'enfant finit par succomber.

Observation VI

Koenig (*Traité de pathologie chirurgicale spéciale)* déclare :

La symphyse et les parties voisines des os pubiens, de même que l'ischion et sa branche descendante, sont parfois le siège d'une ostéite tuberculeuse. J'ai obtenu la guérison d'un cas de ce genre

par le grattage de la symphyse avec la curette tranchante et l'ablation de quelques portions malades de la branche descendante du pubis.

Mais il est également des cas où les deux lésions s'associent. Aussi dans l'observation I il est noté un séquestre et à côté de lui des lésions qui s'étendent jusqu'à un gros travers de doigt de la cavité cotyloïde et sur une étendue de deux travers de doigt dans la direction de l'ischion.

Dans l'observation XIV on trouve le pubis gauche presque totalement détruit par la carie et un petit séquestre dans la symphyse. Au total j'ai trouvé neuf fois des séquestres, deux fois la carie et deux fois l'association d'un séquestre avec la carie.

Le nombre des séquestres est variable; sur les neuf cas d'ostéite circonscrite j'ai trouvé quatre fois 1 séquestre (obs. III, VII, XI et XII), deux fois 2 séquestres (obs. VII et X), une fois 5 séquestres (obs. XIII), une fois un grand nombre de petits séquestres (obs. IX). Dans l'observation XV on ne peut dire combien il y en avait. La tuberculose du pubis se manifeste donc le plus souvent sous la forme séquestrale, et souvent le foyer est unique.

SYMPTOMATOLOGIE

La tuberculose du pubis présente une évolution insidieuse, pouvant durer des années. Le malade de l'observation XV a gardé un abcès consécutif à de la tuberculose pubienne pendant quinze ans. Ce n'est pas une exception. Je trouve des évolutions de 12 ans (obs. II), 9 ans (obs. IX), 5 ans (obs. XI). Les évolutions les plus lentes sont de quatre ou cinq mois.

Douleur. Le premier symptôme est souvent la douleur (obs. I, VII, XIV). Mais elle n'est pas toujours localisée uniquement au niveau du point osseux. Elle peut siéger à la cuisse (obs. VII, où elle est symptomatique de la formation d'un abcès), ou dans la fosse iliaque par irradiation nerveuse (obs. XIV). Mais, si on peut la provoquer en un point déterminé de l'os, elle devient un élément important du diagnostic (obs. I, X, XIV), c'est donc un signe qu'il est important de rechercher dans les cas où la lésion osseuse est seulement soupçonnée, abcès froid et fistule. A la suite de la lésion tuberculeuse du pubis, il se forme un abcès froid qui tend à s'ouvrir à l'extérieur par une ou plusieurs fistules ; toutes les observations détaillées signalent ces formations.

Ces abcès sont sessiles ou migrateurs. Les abcès sessiles ou les fistules qui leur ont succédé siègent dans la partie interne du pli de l'aine et dans le sillon génito-crural. Ils sont symptomatiques d'une lésion de la face externe du pubis. J'en ai déjà montré des exemples dans les observations II

III et IV. Les observations XII, XIII, XIV, XV sont encore les témoins de ces abcès sur place. Ces 7 exemples montrent qu'ils sont pour le moins aussi nombreux que les autres.

Les abcès migrateurs sont plus intéressants à étudier en raison du chemin qu'ils suivront, des complications qu'ils provoquent sur leur passage et de la difficulté que l'on éprouve parfois à faire un diagnostic précis.

L'observation qui suit est celle d'un malade qui présentait un abcès froid dans la loge des adducteurs de la cuisse consécutif à un foyer tuberculeux circonscrit de la symphyse.

Observation VII

Société de chirurgie 1890

Observation de M. Moty méd. major agrégé au Val-de-Grâce. — Rapport de M. Chauvel

Un soldat P..., âgé de 23 ans, de bonne santé habituelle, éprouva en juin 1889 dans l'aine et la cuisse gauche des douleurs que la fatigue exagère. Bientôt une tuméfaction profonde apparaît dans son adducteur, et le malade, soigné d'abord à l'hôpital militaire de Vincennes, est évacué le 1er novembre sur le Val-de-Grâce. M. Moty juge que la tumeur lisse, dure, élastique, fluctuante, irréductible, indolore à la pression, siège dans les muscles adducteurs et qu'elle est plus que probablement de nature tuberculeuse.

Une incision faite le 22 novembre à la face interne du membre conduit en effet, à travers quelques fibres musculaires, sur une poche translucide, gris-perle, dont les parois, se déchirant pendant les tentatives d'isolement, laissent échapper un liquide sombre avec des grumeaux caséeux et des parcelles d'os. Il est facile de nettoyer, de curer toutes les parties inférieures de la cavité suppurante, mais en remontant vers son pédicule, vers son insertion au pubis, le doigt reconnaît que ce dernier os est dénudé dans une certaine étendue. Des tentatives d'évidement avec la gouge à main de Legouest font reconnaître un volumineux séquestre mobile dont l'extraction par la voie inférieure nécessiterait la désinsertion

des adducteurs sur une grande étendue. Au contraire, en prolongeant l'incision en haut jusqu'à hauteur de l'épine pubienne, en y ajoutant une incision transversale qui dépasse en dedans la symphyse, on peut, sans intéresser le cordon, mettre à jour et extraire la portion nécrosée. Autour d'elle le périoste épaissi de l'os reste sain, protège les parties voisines et principalement le canal de l'urèthre.

Le séquestre comprend la plus grande partie, la presque totalité de la symphyse chondro-pubienne gauche. La cavité de l'os est nettoyée, touchée au thermo-cautère, saupoudrée d'iodoforme. Un drain volumineux sort par une contre-ouverture périnéale. Pansement à la gaze iodoformée et à la tourbe. Suintement sanguin abondant tous les quatre jours jusqu'au 16 décembre. La cavité séquestrale est chauffée au thermo-cautère pour en modifier les parois. Elle se comble, au reste, rapidement et la cicatrisation est complète à la fin de décembre. Le malade marche sans éprouver de douleur.

Mais les abcès les plus intéressants sont ceux qui se forment dans la cavité de Retzius.

L'observation de M. le professeur Forgue en est un exemple typique. Comme l'a montré l'opération, il est consécutif à un foyer de carie comprenant presque tout le pubis droit. C'est le seul exemple que je connaisse d'abcès froid occupant la loge de Retzius dans sa totalité. La paroi abdominale est, en effet, envahie, comme l'observation et les photographies en font foi, dans toute une région s'étendant de l'ombilic au pubis et se rapprochant latéralement des épines iliaques antéro-supérieures.

L'ouverture de l'abcès a montré, en outre, que sa paroi postérieure était formée par l'aponévrose ombilico vésicale et que sa poche s'étendait jusque sur le plancher pelvien et latéralement jusqu'aux échancrures sciatiques.

L'envahissement de la cavité de Retzius est assez fréquent puisque j'en rapporte quatre cas. Il est consécutif à la tuber-

culose de la face postérieure de la symphyse pubienne ou à l'envahissement total de cette portion du pubis.

Mais, dans les trois cas que je vais citer, la cavité de Retzius n'a été envahie que dans sa partie inférieure. Les observations VIII et IX se rapportent à des malades ayant fait des séquestres de la symphyse et qui se sont frayé un passage vers la cavité vésicale. Des fistules se sont également ouvertes à travers la paroi abdominale antérieure.

Le malade de l'observation IX laissait sortir, à travers ses fistules, du pus et de l'urine. Mais il est intéressant de noter le peu de réaction qu'un séquestre et que du pus tuberculeux ont produit dans les vessies de ces deux malades. La vessie de la malade d'Ollier s'est même refermée derrière le séquestre, et l'ostéite du pubis a ainsi guéri sans opération. Dans la dixième observation, le pus, provenant d'un foyer du pubis droit, s'est frayé un passage dans la partie latérale et inférieure de la cavité de Retzius pour aller s'ouvrir sur le côté droit de l'anus, simulant ainsi une fistule à l'anus. A noter de l'incontinence d'urine. Suivent ces trois observations :

Observation VIII

M. Ollier, Résection CXIX

Mlle G..., de Montélimar, 15 ans, vient en 1871 consulter M. Ollier pour une fistule sus-pubienne. Le stylet rencontrait un point osseux dénudé, mais mobile, situé sur la face postérieure du pubis et présentant une étendue de 1 centimètre environ. L'opération est ajournée à cause de douleurs prevésicales et de la non-mobilité de l'os mortifié. La malade part pour Paris et n'est revue que cinq ans après. Pendant ce temps elle avait été opérée par un chirurgien de Nîmes qui lui avait enlevé un séquestre. La fistule sus-pubienne s'était fermée. La malade se maria alors et ne souffrit plus de quelque temps ; mais peu après apparurent tous les symptômes d'une cystite. Douleurs en urinant, mictions fréquentes, urines purulen-

tes, ces symptômes furent calmés, mais ils persistèrent un mois environ.

En 1876, un médecin de Montélimar reconnut l'existence d'un calcul et envoya la malade à Lyon. A ce moment, la fistule sus-pubienne était cicatrisée.

Séance de lithotricie morcelant un calcul de quatre centimètres environ. Mais il renfermait un noyau dur qui fut difficilement tiré par l'orifice uréthral dilaté.

Grande fut la surprise quand, entre le calcul scié, on trouva un fragment de tissu spongieux long de 15 centimètres, large de 8. La malade, interrogée, ne se souvint pas de l'issue de l'urine par la fistule sus-pubienne.

Le chirurgien de Nîmes, interrogé sur l'opération, assura que la vessie n'avait pas été touchée.

Guérison absolue.

Observation IX

Gouillioud, thèse Lyon 1883

Observation XXXIII tirée de *Busch Gunsburg Zeitschrift Breslau*, 1857

Le malade est un jeune cultivateur reçu à l'hôpital de Christiania en 1855. Son affection remonte à 9 ans ; elle débuta par une coxalgie ; douleur de la hanche droite, rendant tout mouvement impossible; formation d'un abcès au pli de l'aine. Celui-ci ouvert, les symptômes s'amendèrent et le malade put marcher. Mais il y a 8 ans il s'aperçut que des morceaux d'os sortaient par la fistule qui avait succédé à l'abcès. Plus tard, un autre abcès s'ouvrit dans le pli génito-crural et donna issue à du pus et à des séquestres très petits. Il y a quatre ans, urine louche, miction ni douloureuse ni fréquente, puis débris osseux dans l'urine. Il y a deux ans, le malade s'aperçut qu'un corps dur s'était formé à la racine de la verge et que la miction était devenue impossible.; un nouvel abcès dans le flanc droit donne du pus et de l'urine.

A son entrée à l'hôpital, on constate, outre une coxalgie, des orifices fongueux situés dans le pli de l'aine et dans le flanc droit. Par ces fistules sort du pus et de l'urine. Celle-ci sort même en jet par la fistule du flanc droit, tandis qu'il s'en écoule à peine par le

canal de l'urèthre, bouché à la racine de la verge par un corps dur et immobile. Une fistule conduit à la symphyse pubienne, l'autre au voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure.

Le 13 janvier, on retire de l'urèthre un séquestre de la largeur de l'ongle, incrusté de sels calcaires. On pénètre alors dans la vessie, d'où on extrait un calcul de la grosseur d'un œuf de poule. Extraction de petits séquestres par la fistule du flanc droit.

Le malade sort complètement guéri.

Observation X

Thèse de Pozzi, Paris 1873

(Observation communiquée par M. Duplay, professeur agrégé)

A.., âgé de 9 ans, me fut amené, en juin 1871, pour une fistule anale qui persistait depuis deux ans.

Cet enfant, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, mais sans aucune manifestation scrofuleuse, a été atteint de chorée au mois de mars 1869.

La maladie commençait à s'améliorer lorsqu'on s'aperçut de la présence sur le côté droit de l'anus d'un abcès dont le développement ne peut être rattaché à aucune cause appréciable. Cet abcès s'ouvrit spontanément au mois de juin et resta fistuleux.

Un chirurgien, consulté à ce moment, fit le 3 août une opération qui semble avoir consisté en un simple débridement de la marge de l'anus. Des mèches furent introduites régulièrement comme après l'opération de la fistule, mais ce traitement demeura sans résultat, et l'écoulement du pus persista avec la même abondance.

Les parents consultèrent alors un autre chirurgien des hôpitaux, qui reconnut un décollement, pratiqua, le 30 septembre, un nouveau débridement vers le rectum, plaça des mèches, fit des injections iodées, mais ne put réussir à amener la cicatrisation de la fistule qui fournissait une quantité de pus chaque jour plus considérable.

L'enfant fut alors soumis à un traitement général antiscrofuleux, et aucune tentative opératoire nouvelle ne fut faite. Vers le mois de mars de l'année 1870, on vit apparaître une incontinence d'urine, d'abord légère et qui se produisait seulement lorsque l'en-

fant faisait quelque effort, mais qui ne tarda pas à devenir tellement accusée que le malade perdait involontairement ses urines aussitôt qu'il était debout. Cet état persista pendant une année sans qu'on cherchât à y remédier. Toutefois la santé générale commençait à s'altérer, et c'est dans ces conditions que l'enfant fut soumis à mon examen à la fin du mois de juin 1871.

Sur le bord droit de l'orifice anal et empiétant sur la face muqueuse du rectum, se trouve une ouverture fistuleuse qui fournit un écoulement abondant de pus et qui admet facilement une sonde cannelée ordinaire.

Celle-ci pénètre de bas en haut à une profondeur de 3 à 4 centim., mais ne peut aller plus loin ; d'autre part il est impossible de découvrir un orifice du côté de la face interne du rectum. On constate même, dès ce premier examen, que la sonde est séparée du doigt introduit dans le rectum, par une épaisseur de parties molles relativement considérables, et que l'extrémité de l'instrument s'éloigne plutôt qu'elle ne se rapproche de la paroi rectale.

Je soupçonnai de suite l'existence d'une lésion osseuse. Quoique il me fût impossible d'insinuer la sonde plus profondément, ni de sentir une surface osseuse dénudée, indépendamment de la longue durée de la maladie et de l'abondance de la suppuration, qui devait faire supposer quelque altération du côté du squelette, je constatai que la région correspondante au pubis et à la branche descendante du côté droit était douloureuse à la pression.

Enfin, en cherchant à me rendre compte de la cause de l'incontinence à l'aide du cathétérisme, je constatai que la contractilité de de la vessie était intacte et que l'incontinence devait être due à quelque action mécanique sur le col de la vessie.

On prescrivit quelque temps des injections avec la teinture d'iode, puis avec la teinture de Villate, et, bien que ces injections, fussent conduites aussi profondément que possible à l'aide d'une sonde introduite dans le trajet fistuleux, elles n'amenèrent aucun résultat satisfaisant.

Pénétré de la conviction qu'il existait une lésion osseuse, je renouvelai les explorations, si bien que je fus assez heureux pour insinuer un jour la sonde plus profondément que d'habitude, et en suivant un trajet légèrement concave en avant, de 8 à 9 cent. de longueur, j'arrivai à sentir une surface osseuse dénudée, rugueuse,

qui semblait correspondre à la face postérieure du pubis droit ; je crus même percevoir une certaine mobilité.

Dans le but de rendre le trajet plus direct et de faciliter les explorations, voire même l'extraction d'un séquestre, on introduisit pendant quelques jours des tiges de laminaria. Quoique l'on ait obtenu une légère dilatation, il fut encore impossible de s'assurer nettement de la mobilité d'un séquestre, et d'ailleurs les tentatives d'extraction avaient déterminé de vives douleurs accompagnées de fièvre.

L'état général était assez mauvais ; les fonctions digestives se faisaient mal ; l'enfant maigrissait et il me sembla dangereux d'insister à ce moment sur l'emploi des moyens chirurgicaux.

Sur mon conseil, le petit malade fut envoyé au bord de la mer, et après un séjour de trois mois, du mois d'août au mois d'octobre, il revint en parfaite santé, mais son état local était toujours le même. Je ne fus appelé à l'examiner de nouveau que vers la fin du mois de novembre, et cette exploration amena la découverte d'un fait extrêmement important.

La sonde ayant été introduite jusqu'au point osseux dénudé, et tandis que je cherchais la mobilité en poussant l'instrument de bas en haut je sentis manifestement avec la main gauche, appliquée sur la région du pubis, des mouvements de soulèvement communiqués par la sonde. Les mouvements, quoique très profonds, étaient manifestes et furent constatés par mon ami le Dr Lapra, médecin de la famille.

D'après ce symptôme, je déclarai qu'il existait un séquestre mobile et qu'en raison de la difficulté de l'extraire par un trajet long et sinueux qui venait s'ouvrir à l'anus, il était parfaitement indiqué de se créer une voie plus directe en mettant à nu la région du pubis. Ce procédé avait d'ailleurs l'avantage de permettre, dans le cas où le pubis serait malade, d'en pratiquer l'évidement ou même de faire une résection partielle.

L'opération que je proposai fut acceptée non sans peine et pratiquée seulement le 9 décembre 1871, avec l'aide du Dr Lapra et de MM. d'Espine, Lebail et Gaurier, élèves de l'hôpital Beaujon. L'enfant étant chloroformé et la sonde introduite par la fistule et poussée jusqu'à la portion osseuse dénudée, une incision de trois centimètres est pratiquée suivant le bord supérieur du pubis jus-

que vers la symphyse, puis une seconde incision d'égale longueur, partant de l'extrémité interne de la première, est conduite le long de la branche descendante du pubis, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire permettant de mettre largement à nu le pubis.

Après la division de la peau et du tissu cellulo-graisseux très abondant, j'arrive sur la face antérieure du pubis, et je sens de plus en plus distinctement l'extrémité de la sonde, qui ne me paraît plus séparée du doigt que par une mince épaisseur de parties molles. Je dénude l'os à ce niveau et le bec de la sonde apparaît à l'extérieur, traversant un orifice arrondi dont les bords sont épaissis.

J'élargis un peu cette ouverture avec une gouge, et je puis alors introduire le petit doigt dans une cavité assez spacieuse et sentir un séquestre entièrement isolé, que je saisis avec une pince et que j'extrais assez facilement. Une nouvelle exploration me fait découvrir plus profondément un second séquestre, également isolé et mobile, dont l'extraction est faite avec plus de difficulté en m'aidant de la sonde cannelée et en la poussant de bas en haut.

En examinant avec soin l'intérieur de la cavité qui renfermait ces séquestres, nous nous assurons qu'il ne reste plus aucun corps étranger, que le pubis est parfaitement sain quoique manifestement augmenté d'épaisseur.

Un tube à drainage est introduit dans toute la longueur du trajet, et ses extrémités sont nouées à l'extérieur. Je réunis ensuite la plaie par quelques points de suture de manière à en diminuer l'étendue.

Les deux séquestres qui ont été extraits, et qui présentent entre eux la plus grande ressemblance, sont oblongs et mesurent 3 cent. environ dans leur plus grand diamètre et 1 cent. 1/2 dans leur petit diamètre ; ils sont extrêmement irréguliers et poreux.

Les résultats de l'opération furent des plus satisfaisants. La suppuration diminua sous l'influence d'injections quotidiennes à travers le tube de drainage. Au bout de trois semaines, la quantité de pus était si peu considérable, que je crus pouvoir enlever le tube.

Quelques jours après, la fistule anale était complètement oblitérée et ne fournissait plus une goutte de pus. La plaie de la région pubienne, notablement rétrécie, suppurait encore, mais en petite quantité. Elle ne fut entièrement cicatrisée que dans les premiers jours du mois de mars 1872.

Déjà l'enfant se levait depuis plus d'un mois, et l'on avait constaté qu'il ne perdait que rarement les urines. Cet incident cessa de se produire au moment où la cicatrisation fut complète.

J'ai revu le petit opéré plus de six semaines après l'opération ; il jouit d'une excellente santé, il se livre sans gêne à tous les jeux de son âge, et il n'a jamais ressenti aucune atteinte de son incontinence d'urine.

Troubles généraux. — L'infection résultant de l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès froid, lorsque la fistule n'est pas abritée par des pansements aseptiques, et la persistance de la suppuration peuvent amener des troubles généraux très graves et la mort. L'histoire de la malade de Verneuil rapportée dans l'observation XI en est un exemple bien triste. Cette malade, âgée de 48 ans et de constitution robuste, a vu se développer chez elle à la suite de l'infection de sa plaie un érysipèle et une phlegmasia alba dolens. La suppuration abondante avait également provoqué chez elle la diarrhée et la cachexie. A l'autopsie, la congestion pulmonaire, la dégénérescence du foie et du rein ont été constatées. Onze mois se sont écoulés entre l'ouverture de l'abcès et la mort de la malade.

Observation XI

Société anatomique 1875. Verneuil et Duret

F... Clara, 48 ans, ménagère, 16 décembre 1874 présente à la face interne de la cuisse gauche une collection liquide du volume du poing ; c'est un abcès froid qui s'est formé très lentement en cinq ans. La malade accuse des douleurs sourdes plus vives depuis quelques mois. Est-ce un abcès froid du rachis ? A la partie interne et supérieure du triangle de Scarpa, saillant en avant du bord des adducteurs, est une tumeur sous-cutanée, dépressible, augmentant de volume et devenant dure par contraction musculaire. Les abcès d'origine rachidienne descendent jusque-là. Mais le plus souvent

l'abcès s'étend jusqu'à l'arcade de Fallope ; il est plus externe et souvent il communique avec une collection située dans la fosse iliaque.

La malade est de constitution robuste, pas de maladie antérieure grave, pas de signe de lésion rachidienne. M. Verneuil diagnostique : abcès froid par carie de la branche horizontale du pubis.

Pas de traumatisme antérieur ; pas de douleur à la pression sur la symphyse et sur la branche horizontale du pubis ; examiné par le vagin le pubis ne présente ni déformation ni mobilité anormale ; pas d'antécédents scrofuleux, syphilitique ou rhumatismal.

20 janvier 1875, ponction avec un gros trocart ; 400 grammes de pus mal lié. Gros tube de drainage traversant de part en part la cavité de l'abcès.

16 avril. La suppuration ne s'arrêtant pas, Verneuil aggrandit les ouvertures de l'abcès et introduit le doigt dans la cavité pour chercher quelque point d'ostéite ou quelque fragment d'os nécrosé ; le tissu très dense permet difficilement l'introduction du doigt. Il est impossible de reconnaître le point osseux malade. L'exploration avec la sonde reste infructueuse. Nouveaux tubes de drainage.

Peu d'amélioration, suppuration abondante ; de nombreuses fistules se forment successivement à la fesse, dans la grande lèvre, dans le vagin. Etat général de moins en moins satisfaisant. Epuisée par une diarrhée continuelle et par une suppuration d'aussi longue durée, la malade maigrit et se cachectise, l'appétit se perd, la peau devient sèche et terreuse, et le soir il y a de la fièvre.

30 juillet. Malaise plus marqué sans fièvre ni frisson. Elancements et picotements dans la cuisse gauche, à la face antérieure et interne. Le lendemain, petites taches rouges et bientôt vésicules transparentes.

5 août. Nombreuses bulles par groupes de cinq ou six ou isolées, sur le territoire des nerfs crural, génito-crural et fémoro-cutané.

20 août, desquamation des vésicules.

30 août, tout a disparu.

Septembre. Au commencement du mois, phlegmatia alba dolens des deux membres, accusée surtout à gauche et qui persistera jusqu'à la mort.

Depuis, l'état général s'aggrave, l'amaigrissement et la cachexie augmentent.

Aux premiers jours de décembre, érysipèle de mauvaise nature, qui eut son point de départ dans les fistules, mais dont la gravité était empruntée surtout à l'état général. L'inflammation de la peau, d'une teinte pâle, cuivrée, se présente en îlots d'abord séparés, mais qui ne tardent pas à se réunir ; tout le membre est atteint. La fièvre hectique augmente tous les soirs, les poumons se remplissent de râles humides, et le 19 décembre la malade succombe.

Autopsie. Ouvertures fistuleuses : deux dans le pli génito-crural, trois à la face interne de la cuisse, quatre à différentes hauteurs dans la vulve et le vagin.

Les insertions des adducteurs sur le bassin sont rendues adhérentes entre elles par une infiltration plastique. Il est très difficile de les séparer.

Par une des fistules, la sonde cannelée rencontre l'os dénudé. En fendant la symphyse, on constate que les ligaments interosseux n'existent qu'à la périphérie. Au centre de l'articulation, on trouve un séquestre osseux du volume d'une grosse noix, formé par la portion articulaire du pubis. La branche horizontale et la branche descendante sont à peine atteintes par la carie ; le peu d'étendue de cette lésion osseuse semble démontrer que, si on était intervenu radicalement, c'est-à-dire en s'ouvrant une large voie à travers les tissus et en extirpant le séquestre, la malade aurait pu guérir.

L'articulation coxo-fémorale ne présente qu'un peu de sérosité purulente. Dans le psoas iliaque, en différents points, on trouve de petits abcès du volume d'une noix sans communication avec le foyer osseux. Plusieurs nerfs du plexus lombaire traversent ces abcès, ce qui explique l'éruption d herpès, survenue sur le trajet de ces nerfs.

Dans les veines honteuses externes, dans le tronc et la crosse de la saphène, dans beaucoup de veines du bassin et des muscles de la cuisse et dans la veine fémorale, on trouve des caillots anciens qui obturent ces vaisseaux.

Ganglions inguinaux très engorgés, très hypertrophiés, fibroïdes, formant une masse consistante continue avec les ganglions iliaques et lombaires, sièges d'une semblable altération.

Aux poumons, anciennes adhérences, noyaux de tubercules crétacés aux sommets, lésions de la pneumonie hypostatique des derniers jours.

Foie jaunâtre régulièrement granité. Examen histologique: chaque grain est un lobule dont le centre, rougeâtre, irrégulier, simulant à l'œil une étoile à trois branches ou une fente irrégulière, est constitué par les vaisseaux centraux et quelques cellules hépatiques encore saines, tandis que la périphérie est le siège de la dégénérescence graisseuse.

Les reins, à l'œil nu, présentent une substance corticale légèrement augmentée d'épaisseur, marbrée par des îlots de taches, des tractus blancs jaunâtres, interrompus mais parallèles à la direction des gros tubes collecteurs. Au microscope : glomérules sains ; tubuli contorti et branche ascendante de l'anse de Henlé sièges des altérations observées à l'œil nu. Des cellules épithéliales sont devenues granuleuses ou vésiculeuses et ont perdu leur noyau. Dans un tube, des séries de dix à vingt cellules malades alternent avec des séries de cellules saines. Çà et là on trouve quelques tubes épithéliaux détachés. Ce catarrhe rénal rend compte des petites quantités d'albumine trouvées à plusieurs reprises dans les urines.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de cette lésion est en général facile. Les formations purulentes de cette région présentent souvent les symptômes des abcès froids en général. Si une fistule permet d'explorer la région, si un point douloureux à la pression est bien localisé sur le pubis, il est aisé de faire un diagnostic précis de la nature de la lésion et de son siège.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Duplay et Reclus disent que ces abcès ont été confondus avec un enchondrome et un ostéo-sarcome. Les antécédents scrofuleux, l'évolution lente de la maladie, une fluctuation étendue, seront en faveur de l'abcès froid.

Un kyste hydatique peut être reconnu par une ponction exploratrice. On a pu confondre encore les abcès qui siègent devant le triangle de Scarpa avec une hernie ou un anévrisme. C'est alors qu'il faut scruter les antécédents et rechercher avec soin s'il n'y a pas un point douloureux du squelette sans oublier de faire le toucher vaginal.. Il faut par le palper rechercher si la tumeur est réductible, si elle présente des battements, par la percussion se rendre compte de la matité ou de la sonorité, par l'auscultation écouter s'il y a un souffle.

Les abcès de la racine de la cuisse peuvent faire penser à un mal de Pott. L'absence des signes rachidiens (douleur et coudure du rachis, troubles médullaires), les signes d'ostéite du pubis, éviteront de confondre les origines de ces abcès.

Les abcès rachidiens sont d'ailleurs plus externes et communiquent souvent avec un abcès de la fosse iliaque.

Les calculs de la vessie, si fréquents, sont rarement d'origine séquestrale. On pourra y penser lorsque des fistules s'ouvrent ou se sont ouvertes dans la région du pubis. Malgré ces signes, Ollier lui-même fut surpris de trouver un fragment d'os dans un calcul. Le diagnostic avec la fistule borgne externe est également difficile. La recherche de la douleur peut aider au diagnostic quand elle existe. Le plus sûr moyen est encore l'exploration avec un stylet. Mais les trajets tuberculeux sont si irréguliers qu'on peut être très rapidement arrêté, surtout si l'on cherche à pousser le stylet vers le rectum.

TRAITEMENT.

La médication générale, le repos, les révulsifs, la vie au grand air, ne doivent pas être oubliés. Le malade de l'observation XV a dû à sa profession de berger de guérir sans opération. M. Duplay (obs. X) a relevé l'état général de son malade par un séjour de trois mois au bord de la mer. La station de Balaruc ne doit pas être oubliée pour le traitement de ces cas.

Mais le traitement rationnel est celui qui consiste à extraire les séquestres ou à extirper l'os carié et à faire un nettoyage complet et le drainage de la cavité purulente.

La sortie spontanée du séquestre amène la guérison du foyer tuberculeux (obs. XV), même lorsque le séquestre tombe dans la vessie (obs. VIII). Par contre, tant que le foyer osseux n'est pas enlevé (obs. V et XI) ou tant que l'extraction de tous les séquestres n'a pas été opérée (obs. XII), la suppuration persiste.

Il y a donc indication formelle à enlever les séquestres. L'opération est simple lorsque les séquestres siègent sur la face antérieure du pubis ou sur la branche descendante et qu'il s'agit de tuberculose localisée.

Une pince hémostatique a suffi à Mollière pour extirper un séquestre et guérir son malade. Mais, le plus souvent, il faut avoir recours à l'incision. Les observations XII et XIII en sont des exemples. L'incision doit être assez longue pour que l'os soit exploré sur une grande étendue et ne pas laisser

de partie malade. Il faut, bien entendu, éviter de léser le cordon.

Observation XII

(Thèse de Goullioud, Lyon, 1883.)

(Observation XXXIV recueillie dans le service de M. Ollier.)

Pierre A..., 39 ans, cultivateur, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 janvier 1868. Bonne santé habituelle. Il y a trois ans, phénomènes morbides du côté des organes génito urinaires sans excès alcooliques ou vénériens. Urines chargées, foncées, mictions fréquentes, incontinence. Ces phénomènes cessèrent au bout d'un mois. Trois mois après, tumeur à l'extrémité du pli de l'aine gauche, dans le sillon inguino-scrotal. Six mois après, le malade entre à l'hôpital.

Abcès ouvert au bistouri et drainé ; liquide séro-purulent, fétide ; suppuration abondante les semaines suivantes.

Trois mois après, le malade sort de l'hôpital conservant sa fistule.

Il rentre le 13 janvier 1868. La fistule du sillon inguino-génital persiste. Un stylet introduit fait constater à quatre centimètres un séquestre complètement mobile.

Le 13 février, opération. Incision de cinq centimètres dans le sens du sillon inguino-scrotal. On arrive sur l'os. Le séquestre est retenu par un pont de périoste ossifié que M. Ollier fait sauter avec la gouge et le maillet. Puis, avec des pinces, il extrait le séquestre de forme pyramidale, présentant un centimètre et demi de base, sur un de hauteur. On rugine ensuite la cavité du séquestre. Pansement à l'eau de Pagliari.

Suites très simples. La plaie se ferme peu à peu, et le malade sort dans de bonnes conditions, sans trouble urinaire.

Observation XIII

(*Montpellier-Médical*, 2 septembre 1900.)

(Observation de M. de Rouville, professeur-agrégé à la Faculté de Montpellier.)

Homme de 25 ans, couché au numéro 2 de la salle Bouisson (service de M. le professeur Tédenat). Ce malade présente, au niveau de la partie supérieure des branches descendantes du pubis, symé-

triquement placées de chaque côté de la ligne médiane, deux fistules d'aspect nettement bacillaire ; la sonde cannelée, introduite successivement dans chaque fistule, vient buter à droite et à gauche sur une surface dénudée (branches descendantes du pubis).

Injection d'un centigramme et demi de cocaïne, solution à un pour cent, dans le quatrième espace intervertébral lombaire.

Nettoyage antiseptique du champ opératoire. Dix minutes après l'injection, l'insensibilité est parfaite au niveau des membres inférieurs et de la partie sous-ombilicale du corps ; je fais, au niveau de la fistule droite, une incision verticale jusqu'à l'os ; isolement de la branche descendante du pubis à la rugine ; ablation d'un volumineux séquestre mobile. L'index droit, introduit dans la plaie pour l'explorer, arrive au contact de la face antérieure de la symphyse pubienne, nécrosée en grande partie ; ablation de trois séquestres pubiens ; je fais au niveau de la fistule gauche une incision analogue ; ablation d'un séquestre de la branche descendante du pubis. Dissection des trajets fistuleux ; cautérisation au chlorure de zinc au dixième ; drain passant en avant de la symphyse, et dont les deux extrémités ressortent par les deux anciens trajets fistuleux.

L'opération a duré une demi-heure ; le malade n'a absolument rien senti ; ni nausées, ni vomissements, ni céphalalgie ; pouls normal.

Suites opératoires simples ; à noter une légère céphalalgie pendant la journée qui suit l'intervention.

La forme d'ostéite tuberculeuse raréfiante exige, au contraire, que l'os soit extirpé dans une grande étendue. Ollier (obs. V) avait fait une ablation insuffisante quoique ayant enlevé le pubis et la branche descendante. La carie a évolué vers l'ischion et le malade a succombé. M le professeur Forgue a enlevé (obs. I) une portion d'os s'étendant d'un travers de doigt du rebord cotyloïdien jusqu'à deux travers de doigt sous la symphyse. J'espère pour le malade que cette résection suffira.

Les résections, même étendues, n'amènent pas de trouble

dans la solidité de la charpente osseuse, lorsqu'on a eu soin de conserver le périoste. C'est à M. Ollier que nous devons de connaître cette loi de la néoformation de l'os par le périoste. Une des observations sur lesquelles il s'appuie pour démontrer cette reconstitution de l'os est relative à une ostéite du pubis. Je la rapporte sous le numéro XIV. Nous avons vu que M. Forgue n'a pas oublié de ruginer la face antérieure et la face postérieure du pubis.

Observation XIV

Ollier. Résections CXVIII.

Marie P..., âgée de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 28 mai 1863. Il y a 18 mois, elle sentit une très vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Peu de temps après, tuméfaction au niveau de la région ischio-pubienne, bientôt douleurs vives et persistantes au niveau de la symphyse. Ouverture spontanée de la tumeur, assez grande quantité de pus. La santé générale s'altère, les règles disparaissent, amaigrissement. Un nouvel abcès se forme et s'ouvre au-dessous du premier. Le docteur Delore fait l'extraction de quelques portions nécrosées.

La malade est soulagée, mais les fistules persistent, elle entre dans notre service le 18 septembre. Amaigrie, pâle, anémique, le membre inférieur gauche en adduction forcée par contracture des adducteurs. Deux fistules dans le pli génito-crural, pus assez abondant. Ces fistules conduisent sur les branches dénudées du pubis et de l'ischion. Comme la santé générale s'altère de jour en jour, qu'il n'y avait pas de tuméfaction abdominale profonde, perceptible par le palper ou le toucher rectal, malgré les douleurs de la miction et de la défécation, nous pratiquons l'opération le 25 septembre.

Réunion des trajets fistuleux par une incision qu'on prolonge en haut vers le pubis dans une étendue de neuf centimètres. Les parties molles écartées, le périoste incisé, on détache cette membrane avec la sonde-rugine à partir de la branche ascendante de l'ischion ; cette portion osseuse, enflammée, raréfiée, est retranchée dans une lon-

gueur de 2 cent. 1/2 environ. L'ischion paraissant sain est laissé intact.

La sinuosité des trajets fistuleux n'avait permis qu'une exploration incomplète et défectueuse ; le stylet, introduit pendant l'opération, arrive dans la symphyse pubienne. Elle est détruite en partie, pleine de pus et de fongosités.

Le périoste est décollé sur une grande étendue et on enlève en différents temps toute la branche descendante du pubis, le corps de cet os et même une partie de la branche horizontale. Toutes ces portions sont érodées, mais non nécrosées, et de consistance inégale. Les sections ont été dirigées de telle sorte que, l'opération terminée, la partie externe saine de la branche horizontale du pubis ne tient plus à sa congénère du côté opposé que par un pont osseux taillé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

L'ischion, examiné de nouveau, parut sain. On avait manœuvré tout le temps sous le périoste, ce qui avait permis de ne point s'occuper des lésions des parties voisines. Les fongosités de la symphyse pubienne sont enlevées ainsi que celles qu'on trouve dans le trajet fistuleux. On cautérise au nitrate d'argent.

Les jours suivants : fièvre modérée, pas de douleur dans le bassin, la plaie est maintenue largement ouverte, un peu de névralgie obturatrice. Le 6 octobre, élimination d'un fragment d'os nécrosé.

Le 14 octobre, un peu de douleur au niveau de la symphyse, la malade peut faire quelques pas en s'appuyant au bras d'une voisine.

Le 15 novembre, suppuration assez abondante. La guérison n'avance pas ; l'os parait friable et ramolli. Cautérisation de la partie profonde de la plaie au fer rouge sans résultat.

Douleurs sourdes au niveau de l'ischion; plusieurs abcès se forment au niveau de cet os et s'ouvrent ; névralgies le long du nerf honteux interne. Malgré toutes ces complications, l'état général de la malade s'améliore, la marche devient plus facile.

Abcès péri-rectal décollement de l'intestin, incision comme dans l'opération de la fistule à l'anus et résection d'une portion de l'ischion.

Malgré ces opérations, douleurs de temps à autre, tantôt localisées, tantôt s'irradiant dans le membre inférieur.

Le doigt, introduit dans le vagin, sent déjà une masse osseuse reproduite au niveau de la branche ascendante de l'ischion. La suppuration continue aux deux extrémités de la plaie, au niveau de la symphyse et de l'ischion.

Le 17 octobre, incision entre ces deux points. Nous faisons constater à toute l'assistance la reproduction de toute la branche ascendante de l'ischion. Le tissu osseux reproduit est dur, paraît éburné. Il a des dimensions à peu près égales en largeur à celles de la portion qu'il remplace, mais il est plus mince. On pénètre jusqu'au niveau de la symphyse, d'où on retire un petit séquestre. On sent à ce niveau en arrière, une membrane épaisse, non osseuse, mais suffisante pour assurer l'union solide des deux corps pubiens et surtout pour protéger la cavité pelvienne contre la propagation des fusées purulentes.

La branche ascendante se joint à la branche horizontale en faisant un angle à sinus ouvert en dedans qui rétrécit le trou obturateur. Quant au corps du pubis, il n'est pas possible d'apprécier son état, confondu qu'il est en avant et en arrière avec des trousseaux fibreux de nouvelle formation.

On rugine la tubérosité de l'ischion, on cautérise légèrement les trajets fistuleux, pansement avec des mèches.

Bons résultats, plus de douleur, la malade se lève et marche.

Le 20 mars, elle quitte l'hôpital, marche sans douleurs mais en boitant légèrement. La station assise n'est plus douloureuse, le bassin est solide, la pression sur les épines iliaques est indolente.

Persistent seules les fistules formées par la fonte du tissu péri-vaginal et péri-rectal.

La seconde indication est d'évacuer le pus de l'abcès et de transformer la cavité.

L'incision doit être large, de façon à bien mettre au jour les parois et aussi à trouver un chemin plus facile vers le point d'origine. M. le professeur Forgue a fait une incision allant de l'ombilic au pubis. On modifie les parois de la cavité en enlevant les parties fongueuses et en faisant des applications de chlorure de zinc ou de naphtol camphré. M. le professeur Forgue nous recommande journellement de

frotter énergiquement avec une compresse trempée dans le naphtol camphré. On obtient ainsi tous les résultats que donnent ce médicament et un nettoyage complet, et on évite les accidents d'embolies que produit quelquefois le naphtol camphré poussé en injection.

Cependant, lorsque l'abcès est petit et que la tuberculose est limitée au périoste (Obs. IV), dans le but d'éviter une cicatrice toujours très apparente, M. le professeur Estor pratique, après évacuation de l'abcès par ponction, une injection d'éther iodoformé. Le résultat a été excellent pour le malade dont il s'agit.

PRONOSTIC

La tuberculose du pubis peut guérir spontanément. L'observation suivante le prouve.

Observation XV

Gouilloud, Thèse Lyon. — Observ. recueillie par Ollier

Jean M...., cultivateur, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 février 1900.

Quelques signes de scrofule pendant l'enfance.

A dix ans, le malade, alors berger, eut un abcès dans le sillon inguino-scrotal, une fistule se forme et ne se cicatrise que six mois plus tard après l'issue d'un petit séquestre.

A 14 ans, ostéite de l'extrémité supérieure du tibia, guérie après dix mois.

Au mois de janvier dernier (quinze ans après la première affection), le malade ressentit de vives douleurs dans le sillon inguino-scrotal. Deux abcès se formèrent, l'un vint s'ouvrir au niveau de la cicatrice de l'ancien abcès, l'autre à la partie interne de la cuisse à onze centim. du pubis.

Ces deux trajets fistuleux conduisent sur la face antérieure de la branche descendante du pubis, dénudée en ce point.

Etat général bon, le malade ne tousse jamais.

Il sort de l'hôpital le 7 mars.

Une lettre du 25 juin 1883 (treize ans après sa sortie) nous apprend que ces fistules ont suppuré à peu près un mois, que le malade ne s'est pas aperçu de l'issue de séquestre et qu'il jouit depuis d'une bonne santé.

Mais, sur quinze observations, j'ai trouvé deux cas de mort, ce qui représente une mortalité assez élevée. Je crois, cependant, qu'il faut tenir peu de compte du cas de Verneuil, qui remonte à une époque (1874) où la tuberculose osseuse était mal traitée, où on hésitait à ouvrir un abcès froid, où on faisait une timide ponction, bien petite pour éviter l'infection et où on n'arrivait pas à l'empêcher. La méthode antiseptique permet aujourd'hui d'ouvrir facilement les abcès et de pénétrer jusqu'au pubis.

L'autre cas de mort est dû à la propagation de la carie tuberculeuse dans la profondeur du bassin (Obs. V). Je crois donc pouvoir faire un pronostic favorable pour les formes séquestrales, et j'ai montré que ce sont les plus nombreuses, et un pronostic plus sévère pour les formes de carie (mortalité 1/4).

Mais la tuberculose du pubis guérit quelquefois avec une grande lenteur. Le malade de l'observation XV a guéri sans opération en quinze ans. Celui de l'observation IV a guéri en deux ans. Celui de l'observation XIV (carie) a guéri en 17 mois. Cependant, lorsque l'abcès est superficiel, lorsque le séquestre est extrait et que sa cavité est petite (Obs. III), la guérison en peut être obtenue en un mois.

Ce pronostic de guérison plus ou moins rapide dépend de la nature de la lésion : 17 mois pour la carie, 1 mois pour le séquestre et de l'extraction complète des séquestres.

M. Chauvel dit à la Société de Chirurgie : « Déjà l'opéré de M. Moty (Obs. VII), au moment où il nous l'a présenté, se plaignait, deux mois et demi après l'opération, de douleurs vagues de l'autre côté de la symphyse. Si l'exploration n'indiquait alors aucune lésion perceptible, il était à craindre cependant que les os ne fussent attaqués.

Le pronostic dépendra également de l'état général du

malade et de l'hygiène à laquelle il se soumettra pendant sa convalescence.

Je termine là ce travail, que j'ai fait court, mais aussi complet que possible. Les observations que j'ai trouvées sont peu nombreuses. Il est à souhaiter qu'elles soient publiées en plus grande abondance pour corriger les erreurs que j'aurai pu faire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Koenig. — Tuberculose osseuse.
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.
Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.
Ollier. — Traité des résections.
Sophronieff. — Thèse Montpellier 1896-1897.
Etchepare. — Thèse Paris 1893-1894.
Goullioud. — Thèse Lyon 1883.
Pozzi. — Thèse Paris 1873.
Bulletin de la Société de Chirurgie.
Bulletin de la Société d'Anatomie.
Centralblatt für Chirurgie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 Juillet 1902
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 Juillet 1902.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.